

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202400835

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

1) Anderzorg N.V. te Wageningen, en
2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 11 september 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 1 oktober 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 5 november 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 6 november 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 25 november 2024 respectievelijk 5 december 2024 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft in 1993 een wortelkanaalbehandeling ondergaan. In vervolg hierop ervoer verzoeker klachten. In verband hiermee heeft hij zich uiteindelijk gewend tot een arts in Gurugram, India. De kosten van de FESS-operatie die verzoeker aldaar heeft ondergaan, heeft hij bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Bij uitkeringsspecificatie heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed.
- 2.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 mei 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar de kosten van de in Gurugram ondergane FESS-operatie, ten bedrage van totaal € 1.142,-, alsnog moet vergoeden.

- 3.2. Verzoeker heeft gesteld dat de wortelkanaalbehandeling die hij in 1993 heeft ondergaan niet goed werd uitgevoerd. Daarom kampte hij sindsdien met verschillende lichamelijke klachten. Vanaf het moment dat de klachten ontstonden heeft verzoeker in Nederland tevergeefs geprobeerd een adequate behandeling te krijgen. Zelfs het stellen van een juiste diagnose bleek al een probleem. Uiteindelijk heeft verzoeker zich in 2010 en 2011 in Singapore laten diagnosticeren en bleek sprake van een neusschelphypertrofie. De kosten van het stellen van de diagnose en de aansluitende behandelingen bedroegen circa € 10.000,- en deze zijn door de zorgverzekeraar niet vergoed. Omdat de klachten na de behandelingen in Singapore niet waren verholpen, heeft verzoeker opnieuw geprobeerd zich in Nederland te laten behandelen. Aangezien hij hierbij echter steeds werd tegengewerkt, heeft hij zich in 2024 gewend tot een medisch specialist in Gurugram. Aldaar werd bij verzoeker, net als eerder in Singapore, meteen de juiste diagnose gesteld en werd een FESS-operatie uitgevoerd. Sindsdien zijn de klachten sterk verminderd, hetgeen ook blijkt uit de uitgevoerde laboratoriumonderzoeken.
- 3.3. De zorgverzekeraar wijst vergoeding van de kosten af omdat er geen geldige verwijzing is overgelegd. Dit standpunt is onjuist, omdat de huisarts verzoeker op 11 maart 2024 heeft verwezen naar de arts in India voor een FESS-operatie. Daar komt bij dat alle medisch specialisten in Nederland verzoeker niet naar India zouden verwijzen, omdat zij al vanaf 1993 onjuiste diagnoses stellen. Verder stelt de zorgverzekeraar zich op het standpunt dat ook moet worden getoetst of sprake is van verzekerde zorg, een verzekeringsindicatie aanwezig is en de geleverde zorg doelmatig is. Aan alle voornoemde eisen wordt volgens verzoeker voldaan. De medisch specialist in India heeft een zorgvuldig afgewogen diagnose gesteld en een adequate behandeling voorgesteld. Deze FESS-operatie behoort in alle ziekenhuizen tot de gebruikelijke zorg. Daar komt bij dat de kosten van de ingreep in India vele malen lager zijn dan in Nederland. Verzoeker kan de beslissing van de zorgverzekeraar om de kosten van de FESS-operatie niet te vergoeden dan ook niet volgen. Voor verzoeker is het daarbij extra frustrerend dat de zorgverzekeraar ook de kosten van de behandelingen in Singapore niet heeft willen vergoeden.

4. **Standpunt zorgverzekeraar**

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de in het geding zijnde kosten. Hij heeft toegelicht dat op pagina's 39 en 40 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een verwijzing nodig is om aanspraak te kunnen maken op medisch specialistische zorg. Dit artikel is gebaseerd op artikel 14 Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarnaast is op pagina 11 van de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen dat, specifiek voor behandelingen van medische specialistische zorg in het buitenland, voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is. De reden dat de zorgverzekeraar voornoemde eisen heeft opgenomen is dat het zijn taak is om te beoordelen of sprake is van verzekerde zorg, er een verzekeringsindicatie aanwezig is, en de aangevraagde zorg doelmatig is. In de situatie van verzoeker is een verwijzing door de huisarts overgelegd. Dit betreft echter geen gerichte verwijzing die vóórafgaand aan de ingreep is afgegeven.

5. **Bevoegdheid van de commissie**

- 5.1. De commissie merkt op dat uit de brief van 11 september 2024 valt op te maken dat verzoeker tevens vergoeding vraagt van de kosten die in 2010 en 2011 in Singapore zijn gemaakt. Ten aanzien van de kosten uit 2010 geldt dat de commissie hierover op 28 september 2011 reeds een bindend advies (GcZ, 2011.00097) heeft uitgebracht, waarbij het verzoek tot vergoeding werd afgewezen. Waar het gaat om de kosten uit 2011 bepaalt artikel 942, eerste lid, BW dat een rechtsvordering tegen een verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. Gelet op het tijdsverloop zijn de mogelijkheden tot het ter declaratie indienen van de desbetreffende nota's en die tot het opkomen tegen de

eventueel daarop gevolgde afwijzing inmiddels verjaard. Daarom zal de commissie zich beperken tot het verzoek om vergoeding van de kosten van de in Gurugram uitgevoerde FESS-operatie. De commissie is bevoegd van dit geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. **Beoordeling**

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg, en de eis van een verwijzing naar tweedelijnszorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoeker heeft zorg gehad in India. Tussen Nederland en India bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering. Daarom zal de commissie beoordelen of op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de gemaakte kosten.

Zorgverzekering

- 6.3. De commissie overweegt dat op grond van het bepaalde op de pagina's 39 en 40 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg. Om voor vergoeding hiervan in aanmerking te komen dient de verzekerde een vooraf afgegeven schriftelijke verwijzing van de huisarts, medisch specialist, klinisch fysicus, verpleegkundig specialist, physician assistant, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten over te leggen. Deze eis is overeenkomstig artikel 14, tweede lid, Zvw. Een uitzondering wordt gemaakt voor acute zorg, doch hiervan is in de situatie van verzoeker geen sprake.
- Door verzoeker is een verwijsbrief van zijn huisarts van 11 maart 2024 overgelegd. Verzoeker werd echter in India behandeld tussen 30 januari 2024 en 18 februari 2024. Dit betekent dat de verwijsbrief van de huisarts achteraf is opgesteld. De voorwaarde van een voorafgaande verwijzing is geen formaliteit, waaraan achteraf kan worden voldaan. Artikel 14, tweede lid, Zvw bepaalt uitdrukkelijk dat medisch-specialistische zorg slechts toegankelijk is nadat een verwijzing is verkregen. Nu een zodanige verwijzing ontbreekt, werd vergoeding van de kosten terecht door de zorgverzekeraar geweigerd.
- In het midden kan blijven of sprake is van verzekerde zorg, waarop verzoeker redelijkerwijs is aangewezen, en of de zorg doelmatig is. Tevens wordt niet toegekomen aan de vraag of de zorgverzekeraar voorafgaande toestemming voor de behandeling had moeten worden gevraagd.

Slotsom

- 6.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 december 2024,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering



Let op

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

- de vormen van zorg beschreven in het artikel 'Voorwaardelijke toelating',
- audiologische hulp,
- erfelijkheidsonderzoek,
- een gedeelte van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg,
- in-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen,
- niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname),
- oncologische hulp voor kinderen,
- verblijf in verband met medisch specialistische zorg,
- plastische of reconstructieve chirurgie,
- medisch specialistische revalidatie,
- transplantatie,
- trombosedienst.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.



Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.



Let op

Spoedeisende zorg wordt altijd volledig vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven.

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, klinisch fysicus, verpleegkundig specialist, physician assistant, specialist

ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten.

- De optometrist of orthoptist mag verwijzen naar de oogarts als het gaat om oogzorg.
- De triage-audicien mag verwijzen naar de KNO-arts als het gaat om hoorzorg.
- De triage-audicien mag verwijzen naar de klinisch fysicus-audioloog.
- De GGD-arts mag verwijzen naar de medisch specialist als het gaat om tuberculose.
- De bedrijfsarts mag verwijzen als de klachten met uw werk te maken hebben.
- De tandarts of orthodontist mag verwijzen naar de kaakchirurg als het gaat om kaakchirurgische behandelingen.
- De jeugdarts mag verwijzen naar een oogarts, kinderarts of orthopeed.
- De verloskundige mag verwijzen in geval van zwangerschap of bevalling. De verloskundige mag ook verwijzen naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling en naar de KNO-arts als het gaat om het klieven van het tongriempje.
- Het RIVM mag verwijzen naar een gespecialiseerde kinderarts bij een afwijkende uitslag van een hielprik.
- De CBT-tandarts mag verwijzen naar de neuroloog, anesthesist als pijnbestrijder en KNO-arts.

Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Een verwijzing is maximaal een jaar geldig.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

U vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Om welke behandelingen gaat het?

- **Oogheelkunde** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), verworven ptosis of bovenooglidcorrectie.
- **KNO-Heelkunde** oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- **Heelkunde** gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- **Dermatologie** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).
- **Chirurgie** Gynaecomastie, hypertrofie mamma.
- **Plastische chirurgie** diverse behandelingen.
- **Gynaecologie** vulvaire en vaginale afwijkingen.
- **Borstprothese.**



Let op

Deze lijst kan gedurende het jaar wijzigen. Kijkt u voor de meest recente versie van de lijst op zn.nl

Zorgverzekeringswet

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.